# LA FRANCE MÉDICALE

ET

# PARIS MÉDICAL


*L'imprimerie ayant été fermée Jeudi, fête de l'Ascension, ce numéro paraît avec un retard de vingt-quatre heures.*

## SOMMAIRE


**Clinique médicale** : Deux cas de sciatique traités par les bains hydro-électriques, par le Dr Puy Le Blanc (de Royat), 307. — **Bibliographie** : Les propos du Docteur, par le Dr Monin, 308. — Guide pratique pour les analyses de bactériologie pratique, par Léon Feltz, 308. — **Revue de la presse** : Déchirure traumatique du droit externe de l'œil, 309. — **Académie des sciences** : *Séance du 9 mai* 1898. Présidence de M. Wolf. — Des modifications subies par les lambeaux dermiques dans la greffe autoplastique et des conditions qui favorisent leur accroissement en surface, 309. — Sur l'obtention de cultures et d'émulsions homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide et sur une variété mobile de ce bacille, 310. — **Académie de médecine** : *Séance du 17 mai* 1898. Présidence de M. Jaccoud. — Mort de M. Dezanneau, 311. — Stomatite diphthéroïde, 311. — Elections, 312. — Nature et traitement de la chorée, 312. — La syphilis de l'estomac, 312. — L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques, 312. — Protection de l'enfance, 312. — Craniectomie, 312. — Modes de guérison de l'hyperthrophie sénile de la prostate, 312. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 13 mai* 1898. Présidence de M. Sevestre. — Méningite cérébro-spinale épidémique, 313. — Contagion de rougeole au vingtième jour après l'éruption, 313. — Infection généralisée par le bacille pyocyanique au cours d'une fièvre typhoïde mortelle, 313. — Paralysie faciale douloureuse et zona, 314. — **Société de dermatologie et de syphiligraphie** : *Séance du 12 mai* 1898. — Cas de lèpre algérienne probablement autochtone, 314. — Ulcère lépreux de la jambe, 314. — Acné kéloïdienne de la nuque, 314. — Erythème bulleux en plaques, dû à l'antipyrine, 314. — Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatite suppurative d'origine probablement séborrhéique, 315. — Sur une ichtyose vraie localisée et symétrique, 315. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 14 mai* 1898. Présidence de M. Aug. Voisin, 315. — **Société de chirurgie** : *Séance du 18 mai* 1898. Présidence de M. P. Berger. — Psychoses opératoires, 317. — Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac de Douglas, 317. — Suppléance du tibia par le péroné, 317. — Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne, 317. — Extirpation d'un anévrisme poplité, 317. — Traitement conservateur des tuberculoses chirurgicales, 317. — **Société médico-chirurgicale de Paris** : *Séance du 25 avril* 1898. Présidence de M. Tripet. — Empoisonnement chronique par l'oxyde de carbone, 318. — **Congrès français de médecine** : *Tenu à Montpellier du 12 au 17 avril* 1898 (*suite*), 318. — **Bulletin bibliographique**, 300. — **Nouvelles**, 300.


## CLINIQUE MÉDICALE

### Deux cas de sciatique traités par les bains hydro-électriques.

Par le Dr Puy Le Blanc (de Royat).

L'idée d'introduire par électrolyse les médicaments dans les tissus vivants et de mettre ainsi en contact direct avec les produits morbides inorganiques, qui se sont déposés dans les organes, la substance chimique capable de les dissoudre, de reproduire dans l'organisme les expériences faites *in vitro*, n'est pas nouvelle ; mais il faut bien reconnaître que, jusqu'à ces derniers temps, les expériences sur l'homme et les animaux n'ont pas été bien encourageantes.

Cette méthode, défendue par Verguès et Poey, par Fabre-Pélaprat, qui essaya d'introduire de l'iode, Munck qui tua des lapins en imbibant l'anode d'une solution de strychnine, par Richardson, qui essaya avec de la morphine, Harriès, qui pratiqua des anesthésies en introduisant de la cocaïne placée au pôle positif sous l'influence d'un courant de 20 milliampères, fut combattue par des chimistes éminents, entre autres Larat, qui déclara fausse la théorie de l'introduction directe par électrolyse des médicaments dans les tissus.

En 1891 Edison, poursuivant la dissolution des tophus et l'élimination de l'acide urique par l'introduction de substances capables de former avec eux un corps soluble, indique un mode de traitement de l'arthritisme basé sur l'introduction d'un sel de lithium, et F. Péterson appliquant ce traitement au rhumatisme chronique obtint des résultats encourageants.

Restait à prouver que ces résultats n'étaient pas dus à l'influence seule des courants continus, mais qu'il y avait lieu de tenir compte de l'introduction dans l'organisme de la substance capable de transformer en produit soluble facilement éliminable par les urines l'acide urique et les urates, causes les diverses manifestations de la diathèse arthritique; c'est ce à quoi s'appliquèrent MM. Labatut, professeur de chimie à l'Ecole de médecine de Grenoble, et les Drs Jourdanet et Porte.

Ces expérimentateurs choisirent le chlorure de lithium, substance n'existant pas dans l'organisme et qui peut être retrouvée par l'analyse spectrale ; leurs expériences prouvèrent que le chlorure de lithium est transporté à travers la peau par le courant; que la pénétration n'est qu'une question de temps. *Le lithium* pénètre par le pôle positif, forme avec l'acide urique des urates solubles, éliminés en cet état ou en subissant une nouvelle oxydation qui les transforme en urée.

Dès que ces expériences eurent été publiées dans les *Archives d'Electricité médicale* du professeur Bergonié, l'administration de Royat, dont les eaux contiennent une grande quantité de lithium sous forme de chlorure de lithium, 0,035 milligrammes, s'empressa, sur la demande que lui en fit le président de la Société médicale, de faire établir quelques cabines contenant des bains généraux ou locaux hydro-électriques, dont les nombreux arthritiques qui fréquentent la station ont su vite apprécier les bons effets.

La station électrique se compose d'une batterie de 50 piles Bergonié disposées par rangées de 10, de ma-

nière à former cinq séries; nous avons adopté ce *montage mixte* parce qu'il offre de grands avantages en électrothérapie médicale.

Les électrodes, de formes et de dimensions variées, sont constituées par des plaques de charbon recouvertes de peau de daim.

Chaque cabine contient : 1° une baignoire pouvant à l'aide d'un diaphragme isolateur se diviser en deux parties, l'une positive, l'autre négative, ce qui est très important, suivant que l'on veut agir sur la moitié inférieure ou supérieure du corps;

2° Deux bains de pieds en verre ou porcelaine de 8 litres chacun;

3° Deux bocaux de 4 litres également en verre pour les mains;

4° Un cadre contenant un voltamètre et un ampéremètre.

Le courant s'établit à l'aide d'un rhéostat du professeur Bergonié, permettant de régler l'intensité du courant suivant la tolérance du malade et la prescription du médecin.

Ceci posé, supposons que nous voulions donner un bain partiel à un malade atteint de goutte au pied droit; nous versons dans les bains de pieds de l'eau de Royat à la température de 37°, nous mettons l'électrode + du côté droit et le — du côté gauche; nous faisons passer le courant en surveillant l'ampéremètre et en questionnant le malade sur ce qu'il ressent. Généralement les malades, sauf quelques sujets ultra-impressionnables, ne commencent à ressentir de picotement que vers 8 à 10 milliampères, peu de malades poussent la tolérance jusqu'à 30 ou 40 milliampères, ce qui est du reste inutile et ne saurait être sans inconvénient.

La durée du bain peut varier de 10 à 30 minutes et même davantage.

*Effets du bain.*

Je ne décrirai ici que les effets du bain local, pieds ou mains ou pieds et mains, ceux que le malade éprouve dans un grand bain étant très atténués et peu ressentis par lui.

Dès que le courant commence à s'élever à 5 ou 6 milliampères, le malade éprouve une sensation de picotement resemblant à celle produite par un bain de pied sinapisé. Cette sensation est un peu plus forte au niveau supérieur du liquide; au bout de quelques instants le picotement devient moins intense et le malade peut supporter une intensité plus forte.

La peau, surtout au niveau du bord supérieur, devient souvent rouge, quelquefois piquetée; cette rougeur peut persister assez longtemps après le bain; du reste une remarque que nous avons tous faite à Royat c'est qu'au bout de deux à trois bains, quelquefois dès le second, le malade ne peut supporter une intensité aussi grande que celle qu'il tolérait au début. Au sortir du bain, le malade éprouve généralement une sensation de bien-être très grande, ses articulations sont plus souples, l'étendue des mouvements plus grande, la marche ou la préhension plus faciles.

*Applications thérapeutiques.*

1° *Goutte.* — Ce fut dans le traitement de la goutte que nous fîmes les premiers essais du bain H.-E.; ce furent généralement des médecins, moins pusillanimes que les autres malades, qui furent nos premiers patients. Voici, résumées par un confrère (1), les sensations qu'éprouve généralement un malade atteint de la goutte.

« En août 1896, je suis venu pour la 3e fois prendre les eaux de Royat, car je trouve que pour moi elles ont une action très bienfaisante sur la goutte polyarticulaire dont je suis atteint. J'y prends les conseils de mon ami P. le B.

« Cette année, 1896, il m'a conseillé des bains hydro-électriques pour les mains et les pieds. Je les prenais de 10 à 15 minutes pour chaque pôle, ce qui faisait une durée totale de 20 à 30 minutes.

« L'effet produit sur moi par ces bains a été le suivant : Disparition de l'empâtement des synoviales articulaires et tendineuses des pieds et des mains, disparition du gonflement siégeant autour des tophus, dont un à l'indicateur gauche et l'autre au talon gauche.

« Mobilité très grande des articulations tibio-tarsiennes engorgées auparavant; amélioration très réelle au point vue de la marche, de l'étendue des mouvements et de l'état des synoviales des muscles extenseurs du pied droit. Au sortir du bain, je croyais que mes jointures des pieds et des mains étaient remises à neuf tant était facile le jeu de ces jointures.

« Pendant le bain, voici ce que j'éprouvais : Sensation de picotement assez forte même avec 18 à 20 milliampères, et cela surtout au niveau du bord supérieur du liquide, rubéfaction de la peau des pieds et des mains ressemblant un peu à l'effet produit par l'application d'un sinapisme; cette rougeur durait environ 20 minutes après le bain.

« Le bain H-E n'a pas réveillé mes douleurs.

« Je constate (septembre 1897) que j'ai obtenu par ce traitement une amélioration très notable puisque, depuis ce traitement, j'ai pu souvent parcourir à pied 8 à 10 kilomètres et cela sans inconvénient pour le jour de la marche et les journées suivantes, ce que je ne pouvais faire depuis 3 ans sous peine de ramener la goutte à l'état subaigu pendant un jour ou deux. »

J'ai donné une vingtaine de bains à des malades atteints de déformations goutteuses des pieds et des mains et il ne m'est arrivé qu'une seule fois d'observer un peu de gonflement de l'articulation malade. Cette crise s'est produite après le cinquième bain qui avait duré trente minutes à une intensité de 20 milliampères; je dois ajouter que ce gonflement n'a pas persisté et

(1) Le Dr B. de St-G. du B. (S.-et-L.).

que le doigt de ce malade, que j'ai revu quelques mois après sa crise, avait à peu près repris ses dimensions ordinaires.

2° *Rétraction de l'aponévrose palmaire.* — J'ai essayé trois fois les bains électriques dans des cas de rétraction de l'aponévrose palmaire; le premier était un homme de 80 ans, le Dr M... Les résultat sont été à peu près nuls : le malade semblait pendant les deux ou trois premières heures qui suivaient le bain pouvoir ouvrir un peu mieux ses mains et ce mieux ne persistait pas.

Dans deux autres cas j'ai eu des résultats meilleurs; c'étaient, il est vrai, des cas très légers. Une de ces malades, une dame âgée de 45 ans, atteinte de rétraction de l'aponévrose de l'annulaire, ressentait, après le traitement, une amélioration assez grande pour lui permettre de jouer du piano pendant près d'une heure, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant.

3° *Neurasthénie.* — L'électricité sous toutes ses formes ayant été préconisée dans le traitement de la neurasthénie, plusieurs malades nous ont été adressés à Royat en vue d'y suivre conjointement avec le traitement thermal un traitement par les bains hydro-électriques; il s'agissait alors de bains complets. Jusqu'à présent les résultats ne m'ont pas paru beaucoup plus rapides que ceux que nous obtenions lorsque nous ne faisions usage que du traitement par les bains et les douches; je compte néanmoins continuer encore à appliquer ce traitement dans lequel j'ai une certaine confiance, ne fût-ce qu'au point de vue suggestif.

J'ai essayé dans deux cas de tabès; le résultat a été à peu près nul.

4° *Sciatique.* — C'est certainement dans le traitement de la sciatique que j'ai obtenu les résultats les meilleurs et les plus rapides; voici à l'appui deux observations que j'ai recueillies pendant la dernière saison thermale.

Observation I. — *Sciatique datant de deux mois; bains hydro-électriques; amélioration rapide; guérison au bout de vingt jours.* — Mme L .., âgée de 50 ans, de bonne santé habituelle, fille de parents sains.

Cette dame a eu il y a cinq mois, janvier 1897, des crises d'estomac assez vives; traitée par le régime lacté absolu elle était à peu près guérie lorsqu'elle fut prise subitement, le 12 mai 1897, d'une sciatique aiguë de la cuisse gauche.

Traitée par les moyens ordinaires, entre autres des vésicatoires, et n'obtenant aucune amélioration, elle se décide sur les instances d'un de mes malades à venir faire une cure à Royat. Je vois la malade le 13 juillet; je constate une douleur occupant les deux côtés du sacrum, toute l'articulation coxo-fémorale gauche et s'arrêtant au niveau du genou; impossibilité d'étendre la jambe, de se retourner dans son lit.

Je prescris bain complet à l'eau de la Source Eugénie, eau en boisson.

Le 16 juillet. Premier bain hydro-électrique local, donné ainsi qu'il suit : Electrode + entre les épaules, électrode — dans un bain de pied de 8 litres d'eau d'Eugénie à 37° où la malade ne plonge que le pied gauche, c'est-à-dire le pied du côté malade.

Durée du bain vingt minutes, intensité 20 milliampères.

Le 18. La malade éprouve déjà un peu de soulagement.

Le 19. Durée du bain trente minutes, 20 milliampères.

Le 20. La malade a été brûlée dans le dos au point d'application de l'électrode, je descends à 12 milliampères.

Le 22. La malade éprouvant un peu de douleur du côté droit, je fais baigner les deux pieds.

Le 24. Je fais remplacer le bain d'eau minérale ordinaire par un bain complet hydro-électrique toujours à courant descendant, la durée du bain est de trente minutes à 60 milliampères. Les bains locaux sont continués; la malade prend donc le matin un bain H.-E. complet de trente minutes et le soir un bain local à 12 milliampères de trente minutes.

3 août. La malade ne souffre plus, elle éprouve encore un peu de gêne, les deux hanches ont à peu près repris leur niveau; la malade peut être considérée comme guérie, je la garde encore quelques jours estimant trop courte une cure de vingt jours. Du reste la malade va de mieux en mieux et peut les derniers jours de sa cure se rendre à pied de son hôtel à l'établissement distant de 200 mètres.

Voici une malade atteinte d'une affection tenace durant souvent plusieurs mois et qui, dès le troisième bain-hydro-électrique combiné avec l'eau de Royat en boisson, s'est trouvée soulagée, l'amélioration se poursuit et au bout de vingt jours la malade ne souffre plus, ses hanches ont repris leur position naturelle, elle éprouve encore, il est vrai, un peu de gêne dans ses mouvements, cependant elle peut marcher sans canne. Le traitement électrique seul aurait-il donné des résultats aussi satisfaisants? Je ne le crois pas et j'attribue ce beau succès à l'eau minérale en boisson et au bain hydro-électrique.

Obs. II. — *Arthritisme; eczéma ancien; pharyngite; douleurs sciatiques à gauche* — M. Ch..., 55 ans, arthritique, fils d'un père goutteux et d'une mère morte de maladie de cœur.

1re saison à Royat en 1895. Pharyngite granuleuse, un peu de prurit anal.

2e saison en 1896. Le malade a eu en février un peu d'eczéma, cure bien supportée.

3e saison en 1897. Le malade a depuis quelques mois, un peu de sciatique à gauche traitée par la colchicine et des granules d'aconitine; le malade a dû les cesser parce qu'elles provoquaient une grande sécheresse de la gorge et augmentaient, prétend-il, sa surdité.

Je prescris : 15 août, eau en boisson, douches nasales, pulvérisations et tous les jours un bain H.-E. complet de 20 minutes 60 milliampères. Le bain est divisé en deux parties, + et — par un diaphragm isolateur, courant descendant.

Dès le troisième bain le malade éprouve une grande amélioration, la jambe gauche est moins lourde, le malade peut se tenir sur un pied, ce qu'il ne pouvait faire à son arrivée; il éprouve aussi moins de peine à gravir les pentes; par contre le prurit cutané dont le malade avait souffert l'année précédente est un peu revenu, mais très léger. Je continue les bains H.-E. de 20 minutes, toujours à 60 milliampères.

Le 23 août. Le malade a pris 7 bains, la jambe va mieux;

il a pu sans fatigue faire 9 kilomètres ; il éprouve encore un peu d'engourdissement du mollet, surtout le soir; le prurit cutané continuant, le malade demande à remplacer pendant 8 jours les bains H.-E. par des bains d'eau minérale à eau courante.

Le 28. Le malade a pu faire 22 kilomètres à pied en quatre heures un quart.

Le 30. Reprise des bains H. E.

4 septembre. Le malade éprouve quelques démangeaisons aux endroits où il y a eu de l'eczéma, mais la jambe va bien ; les muscles du mollet ont repris leur élasticité. Le malade quitte la station.

Quoique cette observation soit moins typique que la précédente, ce malade pouvant être considéré comme un arthritique à manifestations variées présentant une certaine analogie avec les goutteux dont j'ai parlé plus haut, j'ai voulu vous la faire connaître à cause de la rapidité des résultats obtenus.

J'ai pu avoir sur un certain nombre des malades dont je viens de parler des renseignements ultérieurs qui sont venus corroborer les faits que je viens d'énoncer.

Comme conclusion je dirai que les bains hydro-électriques rendent de grands services dans le traitement des *manifestations articulaires* et probablement *ab articulaires* de l'arthritisme, parce qu'ils favorisent la combustion de l'acide urique qui forme avec le lithium des urates très solubles (1).

On a contesté, il est vrai, le passage du lithium à travers les tissus, cependant les expériences de MM. Labatut, Jourdanet et Porte paraissent concluantes ; j'ajouterai que dernièremnt, 8 octobre 1897, M. W. directeur de l'établissement thermal de Royat, ayant fait, après un bain de pieds et mains dans une solution d'eau minérale additionnée de chlorure de lithium à 2 p. 100, analyser ses urines, M. Huguet, le savant professeur de l'école de médecine de Clermont, a reconnu la raie caractéristique du lithium.

J'ajouterai que ce traitement est sans danger, qu'il ne demande qu'un peu de surveillance, qu'il peut être essayé partout, il ne s'agit que d'avoir une source électrique suffisante, une solution titrée de chlorure de lithium ; les résultats en seront certainement moins efficaces que s'il est combiné avec l'usage *intus* et *extra* d'une eau minérale alcaline, lithinée, mais ils seront encore très satisfaisants.

(1) L'acide urique exige pour se dissoudre 19.000 fois son poids d'eau froide; l'urate de soude, 1.200 fois; l'urate de lithine, 116 fois. (Yvon.) — L'urate de lithrine est donc 172 fois plus soluble que l'acide urique.

## BIBLIOGRAPHIE

**Les propos du Docteur**, mélanges d'hygiène et de médecine (nouvelle série), par le Dr Monin. Paris, Société d'éditions scientifiques, 1898.

Ce volume contient un nombre considérable d'articles des plus variés sur l'hygiène, la médecine, les sciences, certains faits historiques se rattachant à la médecine. Avec le talent de vulgarisateur qui le caractérise, M. Monin sait résumer en quelques lignes les notions les plus intéressantes et les plus pratiques sur les diverses questions qu'il traite. Ce serait se méprendre sur la pensée de l'auteur que de vouloir trouver dans ces pages, où la note humouristique n'est pas oubliée, des notions complètes sur tel ou tel sujet. Ecrits pour le public qui s'intéresse aux choses de la médecine, ces chapitres se font remarquer surtout au coin du bon sens en même temps que le point important dans chacune des questions est bien mis en relief par l'auteur. La manière agréable et légère dont ces multiples sujets sont présentés assure déjà le succès de ces « Propos », et nous pouvons bien en recommander la lecture à nos confrères qui y trouveront, à côté d'un renseignement utile, un agréable passe-temps entre deux visites ou aux courtes heures de délassement que peuvent laisser les clients. Je me garderai bien de relever certains points qui peuvent faire l'objet d'une discussion, mes confrères sauront les démarquer aussi bien et mieux que moi, et puis, après tout, quel ouvrage, même dans le genre sérieux et solennel, se trouve à l'abri des critiques ? Enfin la variété des sujets esquissés n'est pas un des moindres attraits de cet ouvrage qui témoigne de la souplesse d'exposition de son auteur ; aussi nous ne doutons nullement du succès des *Propos du Docteur*.

L. J.

**Guide pratique pour les analyses de bactériologie pratique**, par Léon Feltz avec la collaboration de Félix Bouillat. Paris, J.-B. Baillière, 1898.

Ce guide pratique répond à un besoin en ce qu'il a été spécialement rédigé en vue des analyses de bactériologie clinique. Nul doute que les médecins feraient beaucoup plus souvent des analyses bactériologiques du sang, du pus, des crachats, de l'urine, du lait ou de divers produits pathologiques, si les analyses ne leur demandaient pas un temps considérable par suite de l'incertitude où ils se trouvent de la connaissance et de l'application des procédés.

Il fallait donc pour être utile au praticien un ouvrage qui réunit les procédés les plus simples et les méthodes qui, sans rien perdre de leur précision, permissent d'éviter l'emploi d'appareils trop compliqués.

Avant de passer à l'étude des procédés analytiques, les auteurs ont d'abord donné des notions générales pratiques de bactériologie dans des chapitres qui ont trait à la séparation des microorganismes, à la détermination des microbes pathogènes dans un produit à analyser, à la technique des cultures des microorganismes, enfin aux résultats donnés par les inoculations aux animaux.

L'étude de l'emploi des matières colorantes employées dans les analyses bactériologiques fait l'objet d'un chapitre spécial. Après l'exposition de ces diverses mé-

thodes employées dans les analyses, les auteurs en font l'application aux analyses du pus, du sang, des crachats, des exsudats de la gorge, etc. Chaque analyse est accompagnée de l'interprétation des résultats admis par les auteurs qui font autorité en bactériologie. Des tableaux synoptiques placés à la fin de l'ouvrage et dans lesquels se trouvent réunis les différents caractères saillants des microbes facilitent beaucoup les recherches. Nous souhaitons bon accueil à cet ouvrage de bactériologie clinique qui devra son succès à la forme très pratique sous laquelle il a été conçu.

L. J.

## REVUE DE LA PRESSE

**Déchirure traumatique du droit externe de l'œil.** — M. le professeur Gayet présente un homme atteint de déchirure traumatique du droit externe de l'œil produite par un mécanisme spécial.

Cet homme, qui est boiseur dans une mine, voulant ramasser son pic tombé à terre, se heurta l'œil contre une traverse cassée. Il éprouva immédiatement une vive douleur et s'aperçut que son œil était tout sanglant et sa paupière déchirée.

Au bout de vingt-quatre heures, on l'amena à l'Hôtel-Dieu où il fut vu tout d'abord par le chef de clinique, M. Jacqueau, qui constata la déchirure palpébrale, puis, remarquant du strabisme interne et une lésion traumatique au niveau du muscle droit externe, il diagnostiqua une rupture de ce dernier muscle. Il fit même une tentative de suture des bouts musculaires, tentative dont le résultat, du reste, lui paraissait fort problématique en raison de l'état de bouillie où se trouvaient les parties.

Peu à peu les choses se sont éclaircies et le mécanisme de la rupture est devenu évident; ce mécanisme s'est inscrit lui-même par un tatouage au charbon de toute la région de la conjonctive inférieure au droit externe. On a vu se dessiner une sorte de bourgeon pendant sur la face externe du globe. La partie en contact de la sclérotique est adhérente à celle-ci et striée par de fines lignes blanches ondulées qui sont, à n'en pas douter, des faisceaux tendineux, tandis que la masse rouge dans laquelle ils plongent serait le corps musculaire lui-même. Tout d'abord, cette partie contractile avait bien 0m005, aujourd'hui elle s'est ratatinée sous la forme d'un petit moignon.

Le mécanisme de la rupture serait donc celui-ci :

L'extrémité d'une cassure de bois, souillée par le charbon, est venue en contact du globe au-dessous du droit externe, à environ 0m. 005 en arrière de son insertion sclérale ; elle a déchiré la muqueuse en s'essuyant sur elle, a saisi et soulevé le muscle qu'elle a coupé, puis elle a déchiré la paupière supérieure à travers la plaie de laquelle elle a fait son échappée. On devine la bouillie qui a dû se faire et comment le bou postérieur a dû se rétracter.

M. le professeur Gayet fait remarquer la rareté extrême des déchirures du droit externe par un mécanisme analogue; il n'en a guère retrouvé que deux ou trois observations et, pour son compte, il n'en avait jamais observé. Il faut, en effet, pour réaliser cette déchirure, des conditions tellement spéciales qu'elles ne doivent être remplies qu'exceptionnellement, surtout si l'on y ajoute l'intégrité absolue de la coque oculaire, ce qui est le cas ici. Celle-ci a été éraflée sans être lésée à proprement parler.

Du reste, la vue du malade n'a pas diminué ; il y a bien un peu de parésie accommodative, mais ceci est accessoire et M. Gayet ne s'arrête pas à en discuter le mécanisme.

Le pronostic est bon pour ce qui est de la vue et de la guérison du traumatisme, mais est mauvais pour la statique oculaire. Si la diplopie doit disparaître, comme c'est la règle, le strabisme doit persister d'autant mieux que les sutures rationnellement tentées, mais pratiquées dans la bouillie musculaire, ne semblent pas avoir donné de résultat bien appréciable. M. Gayet, pourtant, n'abandonne pas l'idée d'être ultérieurement utile à son malade ; il laissera la plaie se cicatriser, et tentera à nouveau une suture en traversant, si faire se peut, des tissus plus solides. (*Province médicale*, de Lyon, 14 mai 1898.)

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Séance du 9 mai 1898. — Présidence de* M. Wolf.

**Des modifications subies par les lambeaux dermiques dans la greffe autoplastique et des conditions qui favorisent leur accroissement en surface.** — M. Ollier. Dans ma précédente communication sur les greffes autoplastiques, comme moyen de réparer les grandes pertes de substance de la peau (1), j'ai envisagé surtout la question au point de vue chirurgical. Il me reste à l'examiner au point de vue physiologique, c'est-à-dire à étudier les modifications que subissent les transplants dans leur structure, leur nutrition et leurs dimensions, en rapprochant ces faits des observations analogues consignées dans l'histoire de la greffe animale. Mais je n'insisterai pas sur cet ordre d'arguments; malgré l'analogie qu'on trouve dans les processus d'adhésion et dans les conditions qui les favorisent, c'est uniquement par les faits observés sur l'homme que nous pouvons connaître la valeur de la greffe en chirurgie.

Le point que je veux envisager particulièrement aujourd'hui, c'est l'accroissement des lambeaux de peau transplantés et le mécanisme de leur augmentation en surface. Et d'abord cet accroissement existe-t-il? Est-il réel ou apparent? Dans le fait que j'ai soumis à l'Académie, en l'accompagnant de dessins très démonstratifs, l'augmentation en surface des lambeaux dermiques transplantés sur une

(1) *France médicale*, 13 mai 1898.

plaie, après une séparation complète, est incontestable. Deux de ces lambeaux, longs de 0 m.09, ont aujourd'hui 0 m.11 environ (110 et 116 millim.) et pour cette mensuration je ne tiens compte que de la partie réellement dermique, et je néglige la zone périphérique due aux expansions conjonctivo-épidermiques parties des bords du lambeau. Ces expansions périphériques augmentent bien la surface apparente du lambeau, mais ne constituent pas une peau véritable; elles sont le résultat de la prolifération des cellules de la couche de Malpighi. Les greffes faites sur le blanc avec la peau de nègre permettent bien de saisir ce processus.

Cette zone périphérique se confond avec les bords amincis du lambeau taillé par le bistouri ou le rasoir, mais elle se distingue toujours de la partie dermique épaisse, souple, douce au toucher, garnie ou non de poils, qui constitue la portion fondamentale de la greffe autoplastique. L'accroissement en surface de ce derme transplanté, démontré par des mensurations faites à diverses époques, est un fait difficile à expliquer, parce qu'il est en contradiction avec ce que nous savons sur l'avenir des lambeaux des tissus vivants transplantés, chez l'adulte.

L'atrophie plus ou moins grande des tissus transplantés est la règle; et le plus souvent l'atrophie arrive bientôt à la résorption complète pour les lambeaux transplantés au milieu des tissus où ils ne vivent pas normalement.

Quelque rapide et complète que soit l'adhésion, quelque nombreuses que soient les relations vasculaires qui s'établissent entre le transplant et le sujet récepteur, nous n'avons jamais vu sur l'homme le transplant prendre une nouvelle énergie végétative. Il y a, du reste, ici une différence essentielle à établir suivant l'âge des sujets, et nous pouvons à cet égard invoquer les faits expérimentaux pour nous en rendre compte.

Un transplant, pris sur un sujet adulte qui n'a plus à grandir, n'acquiert pas de propriétés végétatives nouvelles par le fait de la transplantation. Il peut paraître, à un moment donné, turgescent, plus épais, grâce à l'activité d'une circulation nouvelle qui l'irrigue abondamment; mais cette turgescence n'est que temporaire, et bientôt le tissu transplanté reprend sa dimension première et diminue ensuite plus ou moins rapidement.

Si le transplant est pris sur un sujet jeune, qui a encore beaucoup à grandir, les conditions sont différentes, ses éléments cellulaires n'ayant pas épuisé leur énergie proliférante.

En expérimentant sur les animaux, on voit que la transplantation peut augmenter, et même considérablement, les propriétés végétatives de certains tissus. Duhamel l'a depuis longtemps démontré en greffant des ergots de jeunes poulets dans des crêtes de coq. Dans ces conditions, le transplant s'hypertrophie et peut acquérir une longueur de plusieurs pouces.

Les lambeaux de périoste transplantés au milieu de tissus étrangers à l'ossification éprouvent immédiatement une suractivité de leur prolifération cellulaire. Ils fournissent, au bout de quelques jours, une masse de cartilage et d'os supérieure à celle qu'ils auraient fournie normalement dans le même laps de temps. Mais cette suractivité végétative n'est que temporaire, et leur rendement final n'est pas supérieur à celui qu'ils auraient fourni dans des conditions normales, sauf dans les conditions d'irritation méthodique et progressive que j'ai étudiées autrefois à propos des os hétérotopiques.

Dans notre fait de greffes cutanées autoplastiques nous nous trouvons dans des conditions tout à fait différentes. Le sujet avait cinquante ans et l'accroissement normal de la peau était depuis longtemps arrêté. Comment alors expliquer l'augmentation en surface que nous avons constatée?

Cette augmentation n'a pas porté proportionnellement sur tous les lambeaux, et elle ne s'est pas également manifestée dans tous les sens. S'il est des lambeaux qui ont augmenté d'un quart en longueur, d'autres n'ont pas sensiblement varié. L'ensemble des greffes a cependant augmenté puisque l'espace qu'elles recouvrent est plus long de 4 cm. et plus large de 15 mm.

Pour nous, la cause de cet agrandissement de l'espace occupé primitivement par la plaie (espace qui aurait dû se rétrécir beaucoup si la plaie eût guéri par cicatrisation naturelle) tient aux mouvements de la région et à l'extension exercée sur les lambeaux dermiques par ces mouvements. Le genou est devenu plus mobile depuis que l'opération a fait disparaître le tissu cicatriciel qui bridait les mouvements, et c'est sur la partie postérieure de la plaie que dans l'extension du membre les tissus éprouvent la plus grande tension. Or, ce sont justement les lambeaux situés en arrière qui présentent l'accroissement le plus considérable.

L'augmentation en surface des lambeaux n'est pas uniquement expliquée, sans doute, par le phénomène physique de l'extension exercée sur eux. En augmentant en surface, ils n'ont pas perdu leur épaisseur. L'extension répétée dans les mouvements du membre provoque certainement des modifications nutritives par l'irritation de leurs éléments anatomiques. Cette irritation est suivie d'un certain degré d'hyperplasie interstitielle qui conserve aux lambeaux leur épaisseur et leur consistance, comme lorsque la peau normale est refoulée par le développement d'une tumeur profonde. Les lambeaux dermiques, qui s'étaient retirés sur eux-mêmes par une rétraction inévitable au moment de leur séparation, paraissent particulièrement disposés à éprouver ces effets de l'extension. Ils sont en quelque sorte déplissés par les tiraillements périphériques. Ce qui vient, en outre, confirmer la théorie que nous exposons, c'est que les poils qu'on retrouve sur les lambeaux sont plus éloignés les uns des autres que dans la région où le lambeau a été pris; mais ce sont là des points de repère difficiles à préciser. Quoi qu'il en soit, rien ne vient démontrer l'agrandissement propre, spontané, c'est-à-dire l'agrandissement par hypernutrition ou hyperplasie interstitielle et primitive du lambeau. Jamais nous n'avons observé cette augmentation en surface des lambeaux transplantés sur des régions fixes ou qui ne sont pas soumises à des mouvements étendus.

**Sur l'obtention de cultures et d'émulsions homogènes du bacille de la tuberculose humaine en milieu liquide et « sur une variété mobile de ce bacille ».** — M. S Arloing. Dans le but de me livrer à des études sur le phénomène de l'agglutination, je tentais depuis longtemps d'obtenir des émulsions homogènes de bacilles de Koch, en partant de cultures sur milieu solide. Ces tentatives avaient très médiocrement réussi; mais, dernièrement, j'ai atteint mon but de deux manières : 1° en obtenant sur milieu

solide des cultures faciles à émulsionner ; 2° en obtenant des cultures homogènes dans du bouillon glycériné.

Pareil changement dans l'état de ce bacille étant difficile à réaliser, je juge utile de dire mon *modus faciendi*.

I. J'ai obtenu les premières sur la pomme de terre cuite. Le succès est subordonné à la qualité des pommes de terre et à l'imprégnation constante du support nutritif par l'eau glycérinée.

Les pommes de terre qui ne brunissent pas à la cuisson, qui abandonnent facilement au lavage l'amidon des cellules ouvertes sur la coupe m'ont paru les meilleures. Je les fais cuire convenablement ; je les divise en tranches rectangulaires que j'introduis dans un tube de verre *ad hoc*, rétréci vers son quart inférieur ; je dépose au-dessous du rétrécissement une certaine quantité d'eau additionnée de 6 p. 100 de glycérine neutre ; je ferme l'entrée du tube avec un tampon de coton et un capuchon de caoutchouc et je stérilise le tout une dernière fois à + 111° à 115°. Je féconde ensuite l'une des faces de la tranche de pomme de terre et je dépose le tube dans une étuve chauffée à 38° ou 39° en l'inclinant de telle sorte que la face ensemencée regarde en haut et que l'eau glycérinée vienne baigner l'extrémité inférieure de la tranche.

Dans ces conditions, la culture réussit toujours plus ou moins. Je la renouvelle à plusieurs exemplaires, en empruntant la semence à des colonies vigoureuses. Dans le nombre, j'ai trouvé des cultures dont les colonies rapprochées, luxuriantes, avaient un aspect gras et brillants. Je me suis attaché à les reproduire, supposant que l'on pourrait aisément diviser leurs colonies et mettre les bacilles qui les constituent en suspension dans le bouillon ou le sérum artificiel.

Les faits ont répondu à mon attente. Ces colonies grasses, brillantes, peuvent être émulsionnées sous les frictions d'une simple baguette de verre ou mieux dans un petit mortier d'agate.

Si la division paraît imparfaite, on place l'émulsion dans un petit tube et l'on ne tarde pas à obtenir, dans les couches supérieures, un liquide où les bacilles sont tous libres et indépendants les uns des autres.

II. J'ai obtenu des cultures homogènes liquides en partant des cultures précédentes. Parmi elles, il en est dont les colonies, situées près du bord inférieur de la tranche, s'étendent à la surface de l'eau glycérinée qui vient baigner la pomme de terre, et d'autres dont les colonies se désagrègent et troublent la transparence du liquide aussitôt qu'elles se projettent au delà de leur support solide. Les premières possédant la tendance à végéter en voile à la surface des liquides, je les ai abandonnées. Quant aux secondes, j'ai constaté que plusieurs pouvaient végéter et parfois d'emblée dans la profondeur d'un bouillon glycériné.

Je crois avoir favorisé l'apparition de cette aptitude par les manœuvres suivantes : tous les deux jours, j'immergeais doucement dans l'eau glycérinée la face ensemencée des tranches de pommes de terre, par un simple mouvement de rotation des tubes, de manière à accoutumer les colonies au contact du liquide au fur et à mesure de leur croissance et à entraîner, par une sorte de friction extrêmement légère, les bacilles les plus superficiels et les plus faciles à séparer de leurs voisins ; au bout de quelques semaines, l'eau glycérinée était transformée en une véritable émulsion de bacilles.

Ce résultat obtenu, je l'ai conservé en bouillon glycériné par le système de l'agitation. Plusieurs fois par jour, à partir du moment de l'ensemencement, j'agitais ou je faisais agiter vivement les matras dans lesquels je poursuivais les cultures.

Le bouillon de ces matras reste limpide pendant trois à quatre jours, puis une végétation légère apparaît sur le fond ; celle-ci fait des progrès et bientôt le bouillon se trouble dans toute sa masse. Beaucoup plus tard, la culture tend à s'éclaircir comme une culture quelconque.

III. Si l'on porte sous le microscope une goutte de ces cultures à n'importe quelle période de leur évolution, on s'assure qu'elle est peuplée d'organismes mobiles dont quelques-uns donnent la sensation visuelle des microcoques. Mais, après avoir séché, fixé et coloré la préparation, on s'aperçoit qu'elle est peuplée exclusivement de bacilles uniformes. La sensation précitée est donc l'effet de la mobilité des organismes qui peuvent s'offrir à l'observateur par une de leurs extrémités.

Ces bacilles sont isolés, rarement accolés, droits ou légèrement courbés, souvent granuleux, un peu plus gros que les bacilles contenus dans les crachats de tuberculeux, et présentent la réaction caractéristique aux procédés de coloration de Ziezl et d'Ehrlich.

On peut donc obtenir des cultures et des émulsions homogènes de bacilles de la tuberculose humaine. Dans les cultures en bouillon et à la sortie de l'étuve, les bacilles de la tuberculose peuvent être doués de mouvements très agiles ; conséquemment, l'immobilité n'est pas pour eux une caractéristique absolue, ainsi qu'on l'admet généralement.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 17 mai 1898. — Présidence de* M. Jaccoud.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de MM. Bouilly, Doléris et Labadie-Lagrave qui se portent candidats dans la section d'accouchement et de gynécologie ; 2° une lettre de M. Filhol, membre de l'Institut, qui se porte candidat dans la section des associés libres.

**Mort de M. Dezanneau.** — M. le Président annonce la mort de M. le Dr Dezanneau (d'Angers), correspondant de l'Académie depuis 1894, et celle de M. de Krassowsky de Saint-Pétersbourg, correspondant étranger dans la 2e division.

M. le Président. La commission chargée de dresser une liste de candidature dans la section des associés libres, tirée au sort, est composée de MM. Colin, Brouardel, Labbé, Budin, Mégnin, Robin, Duclaux et Perrier.

**Stomatite diphthéroïde.** — M. Rendu lit un rapport sur un travail du Dr Mongourt (de Bordeaux), intitulé : De la non existence d'une stomatite spécifique distincte, dite stomatite diphthéroïde.

On admet généralement quatre variétés de stomatite pseudo-membraneuses : la stomatite aphteuse, la stomatite ulcéro-membraneuse, la stomatite diphthéritique et la stomatite diphthéroïde, décrite en 1891 par MM. Sevestre et Gastou. Celle-ci a pour caractère de siéger d'habitude à la face interne des lèvres ou à la commissure, plus rarement à la pointe de la langue ; elle empiète souvent sur la face interne des joues, mais respecte d'ordinaire les amygdales

et le pharynx. Elle consiste en petites plaques opalines et demi-transparentes; celles-ci ne peuvent être détachées sans faire saigner la muqueuse; plus tard elles se transforment sur les parties exposées à l'air en croûtes sanguinolentes. Elles peuvent se montrer à l'état isolé, mais coïncident le plus souvent avec l'impétigo de la face, d'où le nom de stomatite impétigineuse donné à la maladie par M. Courty. C'est cette variété dont l'existence est contestée par M. Mongourt.

Pour MM. Sevestre et Gastou, c'est le staphylocoque doré, associé ou non au staphylocoque blanc, qui est l'agent des ulcérations diphthéroïdes.

M. Mongourt fait des objections de deux ordres : bactériologiques et cliniques. De ses examens il conclut que la stomatite diphtéroïde n'a aucun caractère microbiologique spécifique et qu'elle reconnaît comme agents des microbes variés parmi lesquels se montre fréquemment le bacille diphtérique. Les malades devraient donc être considérés comme des diphtériques et traités comme tels.

M. Rendu conteste la valeur de ces recherches; tous les microbes trouvés par M.Mongourt vivent à l'état physiologique dans la salive humaine sans manifester leur virulence; il n'est donc pas étonnant qu'on les y retrouve lorsque la muqueuse buccale est enflammée.

M. Rendu reproche de même, aux observations contradictoires de M.Mongourt, de ne pas répondre au type clinique de la stomatite impétigineuse ou diphtéroïde. Le rapporteur conclut que, jusqu'à nouvel ordre,les symptômes cliniques et l'évolution des diverses variétés de stomatites fournissent encore les meilleurs éléments de diagnostic et de pronostic pour le médecin et que la stomatite diphtéroïde, avec les caractères que lui a si judicieusement appliqués M. Sevestre, mérite d'être conservée comme une entité morbide spéciale.

**Elections.** — L'Académie procède à l'élection d'un associé national. Les candidats étaient classés dans l'ordre suivant : en 1re ligne M. Ehrmann (de Mulhouse) ; en 2e ligne M. Delore (de Lyon); en 3e ligne M. Paulet (de Montpellier).

Sur 65 votants, majorité 33, M. Ehrmann est élu par 58 voix contre 5 données à M. Delore, 1 à M. Paulet et 1 bulletin nul.

**Nature et traitement de la chorée.** — M. Moncorvo, correspondant de l'Académie à Rio-Janeiro, adresse un travail dont il tire ces conclusions :

1° Les souches nerveuses et éthyliques, si souvent retrouvées dans les observations de chorée, laissent hors de doute l'influence de cette étiologie ;

2° L'hystérie a une influence marquée;

3° La chorée ne serait que la détermination cérébro-médullaire de l'infection rhumatismale développée dans l'organisme d'un hystérique et d'un neurasthénique.

4° Comme traitement il recommande l'antipyrine, l'exalgine, l'asaprol et l'analgène.

**La syphilis de l'estomac.** — M. Dieulafoy fait une communication dont voici les conclusions :

1° La syphilis de l'estomac n'est pas aussi rare qu'on pourrait le supposer.

2° Les lésions syphilitiques de l'estomac se présentent sous des formes variées : érosions hémorragiques, ecchymoses de la muqueuse, infiltration gommeuse de la sous-muqueuse, plaques gommeuses, gommes circonscrites, ulcérations gommeuses, cicatrices d'ulcères gommeux.

3° Ici, comme dans toutes les pertes de substance des parois stomacales, il est probable que l'action du suc gastrique continue ce que le processus ulcéreux initial a commencé.

4° Les symptômes de l'ulcération syphilitique de l'estomac peuvent rappeler tous les symptômes de l'ulcus simplex : douleurs xyphoïdienne et rachidienne, intolérance stomacale, vomissements alimentaires, grandes et petites hématémèses, melœna, amaigrissement cachectique.

5° Aucun de ces symptômes ne permet d'affirmer la nature syphilitique de la lésion stomacale. Toutefois les signes de l'ulcus simplex survenant chez un syphilitique, il est permis de supposer que la lésion stomacale est elle-même syphilitique.

6° Il ne faut donc jamais oublier de rechercher la syphilis dans les antécédents d'un malade atteint de symptômes de l'ulcus simplex ou de l'exulceratio simplex.

7° En pareille circonstance, le traitement doit être aussitôt institué : préparations mercurielles et iodure de potassium.

8° La notion de la syphilis, comme cause des ulcérations stomacales, est d'autant plus importante à connaître qu'elle permet de guérir des malades qu'on serait tenté de livrer à l'intervention chirurgicale.

**L'acétate de thallium contre les sueurs nocturnes des phtisiques.** — M. Huchard lit un rapport sur un travail lu récemment à l'Académie par M. le Prof. Combemale, de Lille. (V. *France méd.* n° 8, p. 121.) M. Huchard conclut que ce médicament est certainement un antisudoral énergique; mais, comme il détermine une alopécie rapide, à ce point qu'un malade devint complètement chauve après l'administration d'une dizaine de pilules, il ne doit pas prendre place dans la thérapeutique antisudorale.

**Protection de l'enfance.** — M. Ledé lit un travail statistique sur la protection de l'enfance en France pendant l'année 1896.

**Craniectomie.** — M. Chipault fait une communication sur une série de 12 craniectomies.

**Modes de guérison de l'hyperthrophie sénile de la prostate.** — M. A. Guépin. La guérison *absolue* des symptômes physiques et des troubles fonctionnels liés à l'hypertrophie sénile de la prostate est possible aux deux premiers stades anatomo-pathologiques de l'évolution des lésions prostatiques. Elle est rare, parce que les malades consentent rarement à se soigner avec méthode, alors qu'ils se croient peu gravement atteints ou qu'ils se contentent d'un traitement purement palliatif.

Les guérisons *relatives* affectent deux modalités :

1° La prostate reste quelque peu distendue par les sécrétions infectées et stagnantes, la sclérose périglandulaire s'opposant à la réparation complète des lésions. Le malade urine seul, vague à ses occupations, évacue et lave sa vessie où stagne l'urine une fois tous les jours et souvent moins. Mais il est exposé sans cesse aux petits et aux grands accidents de l'infection : orchite, prostatite, foyer infectieux prostato-génital.

2° La prostate est transformée en tissu scléreux. La rétention d'urine est absolue; le cathétérisme indispensable est souvent difficile à cause du volume de l'organe et de ses déformations. Mais il n'y a pas d'excitation vésicale, (fausse cystite), peu d'accidents infectieux locaux et généraux ; la survie est souvent longue dans de bonnes conditions.

En résumé, on ne saurait entreprendre de trop bonne heure le traitement curatif de l'hypertrophie sénile de la prostate d'après les règles posées par mon maître Reliquet et par moi, règles que j'ai souvent développées devant l'Académie. Les interventions sérieuses dans leurs conséquences, parfois conseillées, ont tout au plus une action palliative; il faut les réserver pour des cas exceptionnels. De nombreuses observations se trouvent dans notre étude sur les *Glandes de l'urèthre* (Paris 1894).

A 4 h. 50, la séance est levée.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

*Séance du 13 mai 1898. — Présidence de* M. Sevestre.

**Méningite cérébro-spinale épidémique.** — M. Netter. Je désire attirer l'attention sur la fréquence insolite à l'heure actuelle des cas de méningite cérébro-spinale suppurée, fréquence qui me paraît indiquer l'existence à Paris d'une véritable petite épidémie.

Depuis le milieu du mois de mars dernier, j'ai constaté à l'hôpital Trousseau 5 cas de cette maladie suivis d'autopsie, sans compter 3 cas de méningite tuberculeuse pour lesquels l'étude bactériologique m'a montré le méningocoque associé au bacille de Koch.

Ces cas proviennent de mon service et de ceux de mes collègues Josias et Variot; j'ai pu aussi porter mes recherches bactériologiques sur les organes d'une malade de 42 ans, morte dans le service de M. Delpeuch à l'hôpital Cochin, et d'une autre morte dans le service de M. Siredey à l'hôpital Saint-Antoine.

Si l'on songe à la rareté habituelle de la méningite suppurée, l'emploi du mot *épidémie* paraîtra justifié. Pourtant la plupart de nos cas sont restés isolés et nous nous sommes assurés que dans la famille et le voisinage de nos malades, il n'y avait pas d'affection semblable; mais c'est ainsi que se comporte d'habitude la méningite cérébro-spinale épidémique.

Je dénonce cette petite épidémie, parce qu'il est très important d'être prévenu de son existence, afin de pouvoir faire ce diagnostic avec la méningite tuberculeuse, le pronostic en étant beaucoup moins sombre.

La méningite cérébro-spinale s'accompagne surtout de symptômes indiquant une localisation à la convexité, le début est plus brutal et la fièvre plus violente que dans la méningite tuberculeuse, mais pourtant il faut savoir que les symptômes et la marche ne fournissent pas des renseignements absolument décisifs.

Dans ce doute, il sera donc tout indiqué de recourir à la ponction lombaire de Quincke. Cette ponction est, en effet, très utile comme procédé de diagnostic, puisqu'elle permet d'étudier les qualités du liquide accumulé dans le canal rachidien.

Cette ponction peut pourtant quelquefois ne pas ramener de liquide, et dans certains cas de méningite suppurée, le liquide attiré n'est pas du pus véritable ou de la sérosité purulente; dans un de nos cas, ce liquide était clair, limpide, et il a fallu le laisser reposer quelques heures avant d'obtenir un petit coagulum très mince.

Dans la méningite tuberculeuse il est habituellement transparent ou à peine louche. On peut y voir assez souvent le bacille de Koch. Nous avons constaté qu'on peut y rencontrer le méningocoque, et c'est là une cause d'erreur qu'il ne faut pas ignorer. Nous croyons que les microbes pathogènes pénètrent habituellement dans les méninges en suivant les vaisseaux lymphatiques venus de la pituitaire. Les fosses nasales seraient donc la porte d'entrée ordinaire du contage. Le microbe peut pourtant aussi pénétrer par d'autres voies, les oreilles, par exemple, comme dans le cas que nous devons à M. Josias.

Nos recherches bactériologiques portent sur 5 cas de méningite cérébro-spinale suppurée et 3 cas de méningite tuberculeuse avec association de méningocoque. Dans les 8 cas, nous avons trouvé le même microbe, qui a été isolé par la culture dans chacun d'eux et dont nous avons étudié les effets sur les animaux.

Ce microbe dans l'exsudat se présente ordinairement sous forme de petits monocoques arrondis, groupés en diplocoques ou en petites chaînettes de 3, 4, ou 5 grains, quelquefois avec une capsule; il garde le Gram. Dans le bouillon, il forme des chaînettes souvent très longues; sur la gélose et surtout sur la gélose glycérinée ses colonies sont semi-transparentes et les éléments sont en chaînette.

Ce microbe est pathogène pour la souris, le rat, le lapin, mais la souris résiste presque toujours à l'inoculation sous-cutanée et quelquefois même à l'inoculation intra-pleurale ou intra-péritonéale; le cobaye est réfractaire, le rat blanc, au contraire, est particulièrement sensible aux inoculations intra-pleurales.

Ce microbe est certainement identique à celui qu'en 1886 Bonome a décrit sous le nom de *steptococcus meningitidis*. Henke à Tubingue l'a rencontré aussi dans un cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

Nous ne doutons pas qu'il s'agisse là d'une variété de pneumocoques, et nous croyons que le *diplococcus intracellularis meningitidis* de Weichselbaum est identique à notre microbe et constitue seulement une forme dégénérée du pneumocoque.

Nos méningites cérébro-spinales ont été, je le répète, absolument indépendantes de toute pneumonie. Elles ont cependant coïncidé parfois avec d'autres localisations de l'agent infectieux. Dans notre observation personnelle il y avait en même temps pleurésie fibrineuse interlobaire, abcès à pneumocoque lancéolé et otite. Le premier cas de M. Josias avait été accompagné d'ictère, le deuxième de néphrite avec hématurie et arthrite du coude, et j'ai retrouvé le méningocoque dans l'urine, les reins, la rate, la synovie, et dans trois cas où j'ai pu le rechercher, je l'ai trouvé dans le sang du cœur.

**Contagion de rougeole au vingtième jour après l'éruption.** — M. Lemoine rapporte une observation de contagion de rougeole au vingtième jour après l'éruption. Ce fait prouve que le germe morbilleux peut rester virulent beaucoup plus longtemps qu'on ne le dit, et justifie les mesures de désinfection après la rougeole.

M. Sevestre ne croit pas à cette longue durée de virulence du germe morbilleux; jamais, dans les hôpitaux d'enfants, on n'observe de cas semblables de contagion tardive; on doit considérer pratiquement que celle-ci n'a pas lieu, et il est inutile de prendre des mesures préventives destinées à l'éviter.

**Infection généralisée par le bacille pyocyanique au cours d'une fièvre typhoïde mortelle.** — M. Vincent a noté cliniquement, chez un malade, une mammite double

non suppurée, très douloureuse, une double parotidite et une toux quinteuse A l'autopsie, le sang et la rate contenaient le bacille d'Eberth et le bacille pyocyanique, et le poumon était parsemé de nombreux foyers de gangrène, où les colorations et les cultures aérobies firent rencontrer une seule espèce microbienne, le bacille pyocyanique. Le malade avait présenté, dans les derniers temps, des phlyctènes multiples renfermant le même microbe. Il est probable que l'évolution rapide de la maladie, en ne laissant pas aux foyers gangréneux le temps de s'ouvrir dans les bronches, explique pourquoi on n'a trouvé qu'une seule espèce microbienne dans ces foyers.

M. Widal. On ne peut pas affirmer que le bacille pyocyanique était le seul agent en cause dans la production de la gangrène, car on n'a pas fait d'inoculation du contenu des foyers, ni de cultures anaérobies. Il arrive parfois qu'on rencontre des microbes qui sont incapables de pousser dans nos milieux de culture, et qui végètent, au contraire, lorsqu'on inocule directement sous la peau le liquide pathologique.

On peut rapprocher,au point de vue de la pathogénie des phlyctènes et des bulles, le cas de M. Vincent d'un cas observé par M. Widal, où une infection généralisée à staphylocoques s'est accompagnée de bulles énormes renfermant le staphylocoque à l'état de pureté.

**Paralysie faciale douloureuse et zona.** — M L. Jacquet présente un malade.

## SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

*Séance du 12 mai 1898.*

**Cas de lèpre algérienne probablement autochtone.** — M. Gémy rapporte qu'il a présenté à la Conférence de Berlin sur la lèpre, en 1897, une étude sur un foyer de lèpre existant à Alger. M. Gémy rapporte un nouveau cas chez un sujet alsacien de religion israélite. La maladie consiste chez lui en quelques placards disséminés sur le corps, mais principalement sur la face dorsale de la main droite où il existe une grande plaque d'un rouge sombre resssemblant quelque peu à du lupus érythémateux. Cette plaque est le siège d'une anesthésie totale. Celle-ci existe également sur le territoire du nerf cubital. A droite ce nerf présente une nodosité.

L'examen bactériologique n'a pas été concluant ; pour quelques observateurs les bacilles observés étaient des bacilles de Koch ; pour d'autres il s'agissait de bacilles de Hansen. L'inoculation à un cobaye n'a donné aucun résultat ; au bout de six mois, celui-ci fut reconnu sain.

Il est difficile de déterminer l'origine de cette lèpre ; cependant le malade en question habitait la même maison qu'une Espagnole lépreuse, dont l'histoire a été rapportée par M. Gémy dans son mémoire sur la lèpre en Algérie.

**Ulcère lépreux de la jambe.** — M. Danlos. Malade de 32 ans atteinte d'une forme avancée de lèpre tuberculeuse dont le début paraît remonter à 20 ans. Deux enfants âgés de 9 et 10 ans sont indemnes. L'ancienneté des éléments étudiés individuellement est difficile à préciser, car depuis longtemps la malade est presque aveugle. Il y a deux mois, au moment de l'entrée, l'affection absolument généralisée était surtout remarquable aux jambes. La jambe droite offrait un type parfait d'éléphantiasis lépreux; la gauche présentait à sa partie moyenne antérieure un vaste ulcère ayant détruit toute l'épaisseur de la peau et dont les bords décollés portaient sur tout leur pourtour une couronne ininterrompue de nodules lépreux gros comme des noisettes. Ce vaste ulcère est aujourd'hui presque cicatrisé, sans modification aussi profonde des nodules périphériques qui pourtant ont diminué pendant que l'état général se relevait très sensiblement. Cet heureux résultat a été obtenu par des pansements locaux (chlorure de Labarraque au tiers) et usage interne de l'huile de Chaulmoogra (4 et 5 gr. par jour dans un looch huileux). Cette forme pharmaceutique a l'avantage de rendre l'huile très assimilable (émulsion) et peu irritante (dilution), ce qui permet d'arriver sans intolérance à des doses assez élevées.

M. Brocq est arrivé à faire tolérer 300 gouttes d'huile de Chaulmoogra par jour en soumettant les malades au régime lacté absolu. Dans les pays chauds, la tolérance pour ce médicament paraît plus considérable que dans nos climats.

**Acné kéloïdienne de la nuque.** — M. Danlos. X... Homme de 47 ans, cocher éthylique, bien portant d'ailleurs, porte depuis quatorze ans à la nuque une lésion lentement extensive. Aujourd'hui le mal constitue une plaque ovalaire très allongée, s'étendant d'une apophyse mastoïde à l'autre. Cette plaque comprend elle-même deux zones. L'une externe en bourrelet saillant (5 à 6 millimètres) a les caractères typiques de l'acné kéloïdienne (saillie, dureté, folliculites, croûtes, poils groupés en bouquet etc.) L'autre incluse dans la première, lisse, unie, cicatricielle, sans exubérance, dépasse à peine la peau saine. Le bourrelet périphérique représente la zone où le mal est en activité ; l'aire centrale celle où l'activité morbide est éteinte. Ce qui a lieu de surprendre c'est l'absence presque complète de kéloïde sur la cicatrice. Autant qu'on en peut juger par les renseignements, la kéloïde aurait existé et se serait affaissée à la suite de scarifications répétées (service de Besnier 1895) ; malheureusement ce traitement n'a pas arrêté la marche envahissante du mal.

**Erythème bulleux en plaques, dû à l'antipyrine.** — MM. Georges Baudouin et Émery. Cette malade est entrée,il y a quelques jours, dans le service de M. le Professeur Fournier pour une éruption d'erythème bulleux, en plaques, localisée aux régions fessières et au membre inférieur gauche, dont l'origine présente un intérêt tout particulier. Tout d'abord, en effet, il semble qu'on soit en présence d'une dermatose antipyrinique : c'est quelques minutes après avoir pris une dose d'antipyrine pour calmer des névralgies, que la malade sentit se produire cette éruption ; d'autre part ses caractères sont absolument ceux que nous avons déjà constatés dans des cas de dermatose dont l'origine antipyrinique était indiscutable : ce sont des placards érythémateux très douloureux, nettement orbiculaires, dont le volume varie de celui d'une pièce de cinquante centimes à celui d'une pièce de cinq francs, et dont la surface rouge vineuse, très brune par places, a été recouverte, à un moment donné, de larges bulles aujourd'hui affaissées. Mais en faisant notre enquête, nous avons appris que deux crises éruptives absolument semblables à celle-ci, tant au point de vue des symptômes physiques, que de la réaction douloureuse et de l'évolution, se sont produites antérieurement,

l'une vers le commencement de novembre, l'autre il y a six semaines environ. La malade ne sait à quoi attribuer la première ; elle était constituée par des plaques bulleuses qui, au bout de 10 jours se desséchèrent, sans cependant disparaître, car la peau est toujours pigmentée à leur niveau. La seconde poussée serait survenue quelques heures après un repas composé principalement de maquereau et évolua comme la première et la troisième. De sorte que : 1° si la malade a témoigné récemment d'une certaine intolérance pour l'antipyrine (dont elle n'a d'ailleurs fait usage que dans cette unique circonstance), cette intolérance n'est pas spéciale chez elle pour ce médicament, car elle existe aussi pour d'autres substances, toxines alimentaires ou autre, encore indéterminées.

2° Le second point intéressant de cette observation, c'est que les éléments éruptifs actuellement constatés seraient la reproduction exacte, tant au point de vue de la localisation que de la morphologie, des éléments constitutifs de la seconde et même de la première poussée. La malade est, à ce sujet, des plus affirmatives. De sorte que l'action de l'antipyrine n'a fait que réveiller des déterminations cutanées dues à des intoxications antérieures et différentes.

Un dernier point à signaler à titre de renseignements : la malade est une nerveuse, d'un caractère extraordinairement irritable ; elle est légèrement, mais manifestement éthylique, et présente, en outre, probablement liée à cette dernière cause, des troubles dyspeptiques qui peut-être ne sont pas étrangers à l'action toxique de certaines substances souvent inoffensives pour d'autres.

**Deuxième note sur une nouvelle forme de dermatite suppurative d'origine probablement séborrhéique.** — M. Hallopeau. Cette dermatite a une marche aiguë, cyclique ; elle envahit en premier lieu le cuir chevelu pour s'étendre successivement de haut en bas au tronc et aux extrémités ; elle est constituée essentiellement par des foyers d'exsudation miliaires avec érythème ; les foyers de suppuration consistent en des pustulettes miliaires, profondes, nullement saillantes, lesquelles se développent au centre de boutons piriformes ; elles se dessèchent sans s'ouvrir ; l'épiderme s'altère à leur niveau et il s'y développe par grattage ou spontanément une squame limitée exactement au siège de la pustulette profonde ; ultérieurement toute la surface du bouton desquame et il se détache de la face profonde de la squame un prolongement qui pénètre à la manière d'un comédon dans une dépression centrale du bouton ; ces altérations occupent surtout sinon exclusivement les orifices glandulaires ; ultérieurement, l'exfoliation se généralise en larges lambeaux ; la maladie simule une herpétide exfoliatrice ; il n'y a pas de microbes pyogènes non plus que d'éléments bacillaires mis en évidence par les procédés usuels de coloration : il s'agit de toxines émanées soit d'un microbe non colorable, soit de l'organisme ; l'aspect des lésions du cuir chevelu, le siège périglandulaire, la présence dans les squames du cuir chevelu plaident en faveur d'une éruption séborrhéique bien distincte des folliculites décrites précédemment par l'auteur ; aucun fait semblable n'existe dans la littérature médicale.

**Sur une ichtyose vraie localisée et symétrique.** — MM. Hallopeau et Guibal. Il s'agit d'un cas d'ichtyose hystrix dans lequel les lésions sont limitées à la tête et aux membres ; elles s'arrêtent à la partie supérieure des cuisses et des bras par un contour net et sinueux qui reste distant de la racine du membre ; la symétrie est parfaite entre les altérations des deux moitiés du corps ; ce fait est en désaccord avec l'opinion de Tommasoli qui veut faire de l'ichtyose une auto-intoxication ; elle est en faveur au contraire de la théorie qui rapporte cette difformité cutanée à une anomalie dans le développement embryonnaire de l'épiderme.

M. Landouzy présente un jeune malade atteint de syphilis grave chez qui l'on n'a jamais pu constater la présence d'adénopathies. Ce fait vient à l'appui de l'opinion de M. Augagneur qui soutient que chez les syphilitiques présentant des ganglions peu engorgés, la syphilis serait grave et inversement la syphilis serait bénigne chez ceux qui ont des adénopathies volumineuses.

MM. Barthélémy, Mauriac, Gémy ne partagent pas cette manière de voir.

M. Renault présente un premier malade atteint à la fois d'eczéma et d'une syphilide palmaire psoriasiforme bien antérieure à la poussée d'eczéma, et un deuxième malade chez qui on a pratiqué l'incision de la veine saphène interne pour des varices de la jambe gauche ; à la suite de cette incision est survenu un eczéma des membres inférieurs, probablement de même origine que les varices (arthritisme).

Dr Barbe.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Séance du 14 mai* 1898. — *Présidence de* M. Aug. Voisin.

M. le Président annonce que M. Nicolas, de La Bourboule, membre correspondant de la Société, assiste à la séance.

Le procès-verbal de la dernière réunion est lu et adopté.

M Morau a appris de source certaine et en haut lieu que la famille de M. Martin-Dürr avait refusé les 500 francs déposés par notre collègue entre les mains de l'économe de La Pitié. Si le fait est exact — et M. Morau l'assure — où sont passés ces 500 francs ? Quelle destination leur a-t-on donnée ? Il serait bon que M. Ruret s'en informât.

M. Tissier appuie le désir exprimé par M. Morau.

M. Buret répond qu'il n'a eu aucune connaissance de ce fait qui n'est pas conforme à ce qui a été dit de différents côtés : déférant aux désirs de ses collègues, il demandera à qui de droit des renseignements officiels.

« Messieurs, continue M. Buret, j'ai une rectification à apporter relativement aux chiffres donnés dans la dernière séance pour les frais d'obsèques de notre Secrétaire général. Me basant sur une petite note remise à la hâte par les internes de La Pitié, je n'ai examiné que le total sans songer à repasser l'addition et vous ai déclaré la somme de 726 fr. 55. Or voici cette note écrite sur un bon d'hôpital : un simple coup d'œil vous suffira pour voir que le total est de 826 fr. 55. Si j'insiste sur ce détail sans importance, c'est à cause d'un article venimeux paru dans une de ces feuilles de chou dont nous sommes inondés et qui appartiennent à la sous-presse médicale. Pour faire manquer son but, qui est la réclame à tout prix, je ne la nommerai pas, ce qui désappointera fort celui qui la dirige. Pour l'erreur de chiffre que je viens de vous signaler, la feuille en question reproche aux internes — entre autres choses — d'être de tristes comptables. Certes, leur probité n'est pas en cause : toutefois j'ai cru devoir rectifier pour qu'aucun soupçon ne pût planer sur eux. Ensuite on parle de la maison H. de Borniol que j'ai toujours considérée comme ayant fourni

les tentures et autres accessoires concernant les pompes funèbres. Pour me démentir, on fait certifier à cette maison qu'elle n'a livré ni draps, ni oreiller, ce que je n'ai jamais contesté, puisque c'est en dehors de la question. Elle a cependant fourni quelque chose pour ses 669 fr. 55; je ne pense pas qu'elle se soit contentée de serrer la main au Directeur de La Pitié pour le remercier de s'être substitué à elle, comme on voudrait le faire croire : ce serait un peu cher. Dans un journal politique, on a insinué que j'avais mal vu la note des pompes funèbres : je ne l'ai cependant pas regardée à 500 mètres. Au surplus, voici cette note acquittée, chacun de vous la peut contrôler. J'ai, du reste, toutes les notes concernant les dépenses faites par les internes de La Pitié : elles sont également contrôlables et acquittées. Dédaignant pour mon compte personnel les insinuations présentes ou invectives futures du folliculaire en question, je relève ses attaques contre la Société de Médecine de Paris. Il est dit en propres termes que la Société a été *dupe* ou *complice* des internes de La Pitié. A qui fera-t-on accroire que les internes des hôpitaux, individuellement ou collectivement, cherchent à « duper » une Société de Médecine tout entière? Bien plus, nous pourrions être « complices » ! Qu'ont donc fait ces criminels? Ils protestent contre une mauvaise volonté, on les traite d'idiots : je répondis par l'épithète de « malappris », que je maintiens encore quoique je la trouve faible, et nous sommes tous des complices! Eh bien oui, nous sommes complices, mais il s'agit de s'entendre. La Société de Médecine de Paris est complice des internes lorsqu'il s'agit d'honorer la mémoire d'un collègue défunt ; elle est leur complice pour participer aux frais d'enterrement et de sépulture du médecin mort pauvre; elle est leur complice encore pour réprouver la conduite d'un fonctionnaire plus qu'impoli; elle est complice enfin de tous ceux qui inscrivent sur leur drapeau : *défense du bon droit et de l'équité.*

M. Tissier demande si la délégation nommée dans la dernière séance s'est mise en rapport avec le Bureau du Conseil municipal.

M. le Président répond que la démarche n'a pas encore pu être faite.

M. Tissier a vu six conseillers municipaux appartenant à différents partis : tous, consultés individuellement, lui ont assuré être favorables à l'idée et désirer la réalisation du vœu émis par la Société de Médecine de Paris. Toutefois le cimetière choisi ne pourrait peut-être pas être le Père-Lachaise.

M. Buret répond à M. Tissier que la délégation, dans sa dernière réunion, avait décidé de proposer à trois associations médicales de lui adjoindre un ou deux de leurs membres ; il a écrit les trois lettres officielles. L'Association des anciens Internes n'a pas encore répondu ; M. Barth, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine, lui a écrit, au nom de M. Brouardel, président, que leur Bureau ne pouvait se prononcer avant d'avoir soumis la question à la Commission générale. M. Buret lit enfin une lettre de M. Lereboullet, secrétaire général de l'Association des médecins de France, assurant la Société de ses bonnes dispositions quant aux réformes pouvant améliorer la situation des médecins. Toutefois, le président, M. Lannelongue, estime que le Conseil de surveillance de l'Assistance publique serait plus compétent en la matière que le Conseil municipal de Paris.

M. Tissier fait observer que le Conseil municipal est seul compétent en l'espèce, et non tout autre corps constitué. Notre collègue voudrait que la délégation se mît dès maintenant en rapport avec le Conseil municipal.

MM. Voisin et Buret estiment qu'il serait plus convenable d'attendre la réponse définitive des Associations conviées, puisqu'on a demandé leur concours.

Correspondance imprimée. — 1° Journaux et revues ordinaires; 2° ouvrage de M. le Dr Debout d'Estrées, intitulé : *Trente années de pratique médicale à Contrexéville*; 3° brochure intitulée : *Troubles cardiaques chez les obèses*, par M. le Dr Emile Philbert; 4° rapport du Dr Ozenne relatif au Congrès international de la médecine professionnelle ; 5° revue des travaux scientifiques du Conseil d'hygiène ; 6° bulletin de la Ligue contre l'alcoolisme.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Barth, mentionnée ci-dessus ; 2e lettre de M. Lereboullet, dont il a été donné lecture; 3e Lettre de M. Buret posant sa candidature au secrétariat général; 4e lettre de M. Dubrisay adressant sa démission de membre de la Société, alléguant qu'il ne lui est plus possible d'assister aux séances.

M. A. Voisin propose de nommer membre honoraire M. Dubrisay qui fait partie de la Société depuis 15 ans.

M. Gillebert-Dhercourt, Trésorier, prie à ce sujet M. le Président de lire une seconde lettre de M. Dubrisay adressée à lui par erreur.

Après quelques observations de MM. Tissier et Gillebert-Dhercourt, la démission de M. Dubrisay est mise aux voix et acceptée.

M. le Président demande à la Société de procéder immédiatement à l'élection du nouveau Secrétaire général, la signature de ce dernier étant indispensable, d'après les statuts, pour régler une question de finances.

On se rend aux urnes et le dépouillement du scrutin donne les résultats suivants :

Votants : 19. — Ont obtenu :

| | | |
|---|---|---|
| MM. | Buret..... | 17 voix. |
| | Brossard..... | 1 — |
| | Bulletin blanc | 1 — |

M. le Président annonce que M. Buret est nommé secrétaire général de la Société de Médecine de Paris.

M. Buret remercie ses collègues de l'honneur qu'ils viennent de lui faire. Il est d'autant plus touché de cette marque d'estime qu'il y a à peine un an qu'il est membre de la Société : il fera tous ses efforts pour justifier la confiance de ses collègues et la mériter longtemps.

M. Gillebert-Dhercourt, Trésorier, informe la Société que pour faire face à certaines dépenses et notamment aux frais d'impression du bulletin annuel, il devient nécessaire d'aliéner un titre de rente de 100 francs.

La proposition du Trésorier, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité par la Société réunie en Assemblée extraordinaire.

M. Jullien offre à la Société son livre intitulé *Blennorrhagie et mariage.*

M. le Président remercie M. Jullien au nom de la Société.

M. le Secrétaire général annonce à la Société la mort d'un de ses membres correspondants, M. le Dr Humbert Mollière, de Lyon. Il a adressé, au nom de ses collègues, une lettre de condoléance à sa veuve.

M. Jullien. — **Contribution à l'étude de l'hérédité seconde en syphilis. — Réponse à M. Buret.** (*Sera publié.*)

M. Buret remercie M. Jullien de son intéressante communication : il apprécie toute la valeur de ses arguments et se

sent très impressionné par les observations qu'il apporte à l'appui. Néanmoins son éminent collègue lui permettra de lui dire — et sans que M. Jullien le conteste — que les cas de contagion ou d'hérédité à la période tertiaire doivent être rarissimes. Autrement, nous ne pourrions plus jamais autoriser le mariage et encore moins la paternité des syphilitiques. Le problème qui consiste à déterminer à quelle époque exacte doit cesser la virulence est encore loin d'être résolu.

M. Jullien approuve les observations de son collègue.

M. Buret lit, au nom de M. Censier, un travail intitulé : **Traitement hydrominéral des affections des veines**, (*Sera publié.*)

La séance est levée à 5 heures 40.

*Le secrétaire annuel*, L. Sibut.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 18 mai 1898. — Présidence de* M. P. Berger.

**Psychoses opératoires.** — M. Nimier. Je voudrais citer un fait que j'ai pu observer au Tonkin et qui semble bien mettre en dehors la cause occasionnelle, le traumatisme dans l'apparition des troubles psychiques qui peuvent suivre une intervention.

(La communication se perd dans le bruit des conversations particulières.)

M. Berger. Deux ordres de considérations se rattachent à des faits différents. Désordres mentaux qui poussent le malade à réclamer une opération ni urgente ni opportune.

Dans ces cas l'opération n'est qu'une occasion d'aggravation dans leur état mental. Il faut démêler dans quelques cas analogues l'état d'esprit de certains malades qui se plaignent d'une façon exagérée de certains symptômes abdominaux pour entraîner le chirurgien à les opérer.

C'est en vain qu'on tentera même une opération pour enlever une idée obsédante chez un aliéné même borné.

Les psychoses post-opératoires peuvent être distinguées de celles qui sont dues aux intoxications, alcool ou iodoforme. Dans les troubles mentaux résultant de la cause chirurgicale elle-même, il faut signaler les troubles qui surviennent au moment de la convalescence ; enfin ceux qui surviennent immédiatement après l'opération. Je me rappelle trois cas de cette catégorie : une ablation du sein qui provoqua au bout de trois semaines un état de démence qui contraignit à interner la malade. Cette malade n'avait aucun antécédent pathologique.

Chez la seconde et la troisième, mêmes phénomènes survenus aussi à la suite d'une amputation du sein. La troisième seule avait eu des antécédents de famille et des antécédents personnels et elle avait été antérieurement internée chez le Dr Blanche.

Il est certain que l'acte opératoire n'était pour rien et qu'il n'avait agi que comme agissent toutes les perturbations graves chez des individus prédisposés.

Quoi qu'il en soit, je ne pense pas que sur ces faits, non plus que sur ceux que l'on a cités, on doive en tenir compte au point de vue des indications et contre-indications opératoires. L'opération n'agit que comme une cause banale et l'aliénation aurait pu être provoquée par toute autre cause qu'une opération.

**Traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac de Douglas.** — M. Quénu. L'incision peut se faire pour les collections mi-salpingiennes et salpingiennes. Ce sont des opérations de nécessité et non de choix, c'est une opération d'attente. Le foyer justiciable de l'incision est le foyer bas placé. Le seul procédé est l'ablation du sac. L'hystérectomie seule ne suffit pas pour guérir les malades, il faut enlever la poche salpingienne. L'ouvrir, ne suffit pas.

L'incision simple n'est pas toujours innocente surtout quand il y a des poches multiples, épaisses. Et je dirai que la laparotomie est devenue bénigne dans le traitement des suppurations pelviennes.

M. Ricard. Je partage absolument les idées de M. Quénu, et je citerai des faits.

Une suppuration aiguë incisée par le cul-de-sac continua à produire des accidents dont une fistule rectale et la malade succomba au bout de trois semaines.

Chez deux malades, l'incision fut suivie de fistules et dut être suivie d'hystérectomie vaginale.

Une quatrième sortit guérie après drainage d'une poche salpingienne. Mais 4 ou 5 mois après on dut faire une laparotomie pour enlever les annexes.

Dans ces cas l'incision a été insuffisante. Elle amène les malades proche de la guérison, mais dans un certain nombre de cas, elles ne guérissent pas, et il est parfois utile d'intervenir.

**Suppléance du tibia par le péroné.** — M. Poirier montre des épreuves radiographiques provenant du sujet dont l'observation a été publiée il y a 3 ans, lors de l'opération du malade.

**Hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne.** — M. Tuffier présente 23 opérations où on peut par l'écrasement à l'aide de la pince puissante s'éviter l'emploi des pinces et des ligatures.

**Extirpation d'un anévrisme poplité.** — M. Beurnier.

**Traitement conservateur des tuberculoses chirurgicales.** — Présentation des malades par M. Kirmisson.

F. Verchère.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

*Séance du 25 avril 1898. — Présidence de* M. Tripet.

**Deux cas de sciatique traités par les bains hydro-électriques.** — M. Puy-le-Blanc, de Royat (Voir ci-dessus p. 307).

M. Gautrelet. L'absorption des médicaments par la peau est très discutée. Des expériences lui ont montré que certains médicaments (le chloroforme, le sulfate de quinine au pôle positif) peuvent être absorbés.

M. Verchère a observé chez un fabricant de galvanoplastie des accidents ressemblant à ceux de l'étranglement interne (ventre très douloureux, vomissements verdâtres, porracés et état général grave). Il pensa à un étranglement herniaire, mais rien du côté des régions inguinale, crurale ou ombilicale. Le ventre, qui était douloureux, ne ressemble pas à celui de l'étranglement interne ; il n'y a pas de ballonnement : le ventre est plutôt rétracté. Par l'interrogation, on apprend que le malade a déjà présenté 3 fois des

phénomènes analogues. Pour retirer de l'eau de cuivre des pièces délicates, il avait plongé les mains dans cette solution. Ces accidents se présentent quelquefois chez ses ouvriers; ils ont de véritables coliques de cuivre quand, pour retirer les pièces, ils plongent les mains, lors du passage du courant. Il semble que le cuivre à l'état naissant présente une force de pénétration plus grande.

Les vieux ouvriers cuivreux, aux cheveux verts, n'ont pas de ces phénomènes d'intoxication.

Le traitement consiste en une purgation : après quarante-huit heures tout phénomène d'intoxication a disparu.

M. Tripet sait que, dans quelques cas, quelques séances d'électricité ont suffi pour faire disparaître des tophi à la main; un malade avait une débâcle de graviers.

M. Moutier a vu l'expulsion de calculs renaux à la suite d'application de courants. Par des courants alternatifs avec haute fréquence, il a obtenu des améliorations pour des tophi.

**Empoisonnement chronique par l'oxyde de carbone.** — M. Gautrelet. Il s'agit d'une famille de quatre personnes ayant eu, à des degrés divers, des accidents névralgiques et de l'anémie dus à une double cause d'intoxication par l'oxyde de carbone : 1° Le calorifère (à combustion lente et à plaques de revêtement en grès) déversait dans toute la maison des produits de combustion incomplète; 2° dans la chambre à coucher de la mère, la cheminée émettait, en plus, de l'acide carbonique et de l'oxyde de carbone provenant d'une cheminée mobile située deux étages au-dessous et dont les gaz traversaient une issue anormale dans des fissures communes à toutes les poteries du caisson de la cheminée. C'est l'examen spectroscopique du sang qui attira l'attention sur ce fait qui fut démontré et par l'analyse de l'air et par la diffusion, dans la pièce incriminée, de vapeurs de genièvre brûlé dans le foyer du second étage.

Le changement d'air eut raison de ces états morbides qu'aucun médicament n'avait pu améliorer.

M. Tripet. Par quel réactif y a-t-il eu production des bandes oxyhémoglobinées chez le vivant?

M. Gautrelet les a obtenues avec le sulfhydrate d'ammoniaque.

M. Tripet s'étonne que ces malades, chez lesquels on a obtenu cette réaction et qui avaient un tel degré d'intoxication, n'aient point de paralysies des membres ou de phénomènes graves. Chez les personnes qui vivent dans des chambres où existe un poêle mobile, la quantité d'oxyhémoglobine diminue pendant l'hiver et augmente pendant l'été : ce mode de chauffage semble nuisible à la santé.

## CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

*Tenu à Montpellier du 12 au 17 avril 1898*

(*Suite*) (1)

MM. Matrieu et Laboulais (de Paris) ont cherché à établir **les rapports de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion chlorhydropeptique continue avec la motricité et la stase stomacales.** — Les conclusions de leur communication sont les suivantes :

L'influence pathogénique de la stase stomacale sur l'hypersécrétion permanente est bien établie. La forme grave du syndrôme de Reichmann est le plus souvent liée à un ulcère de l'estomac. La sécrétion permanente est due à la fois à la sténose du pylore, à la viciation de la motricité provoquée par l'ulcère, aux adhérences avec les organes voisins et à l'action réflexe. Dans la forme bénigne de la maladie de Reichmann, on constate moins souvent les signes de l'ulcus et l'hypersécrétion l'emporte sur la stase.

L'hyperchlorhydrie, cause habituelle de l'ulcère, joue un rôle important dans la pathogénie des phénomènes douloureux du syndrôme de Reichmann.

La thérapeutique doit avoir pour but à la fois de faire disparaître les causes de la stase, de diminuer l'hyperexcitabilité sécrétoire de la muqueuse et d'atténuer les conséquence de l'hyperchlorhydrie.

M. Teissier (de Lyon), à propos du **retard apparent du pouls dans le rétrécissement mitral**, veut démontrer qu'il n'y a qu'une confusion de termes dans le désaccord qui existe entre les cliniciens et les physiologistes au sujet du choc du cœur. Pour les médecins italiens, l'impulsion de la pointe répond à l'impulsion présystolique. Pour les physiologistes, le choc de la pointe dépend du choc ventriculaire. Or, avec M. Potain, il faut distinguer le choc d'avec l'impulsion de la pointe, fait confirmé par les expériences de Chauveau et Marey dont les tracés indiquent le soulèvement : l'un dû à la contraction auriculaire, l'autre à la contraction ventriculaire, le premier est celui auquel M Potain attribue le soulèvement, le second coïncide avec la mise en tension du ventricule, c'est-à-dire avec le choc ventriculaire. Ce dernier soulèvement est plus sensible chez l'animal, le premier l'est plus chez l'homme. — Vienne la maladie, et le premier soulèvement s'accentuera au point de devenir prédominant, et on a l'apparence d'un retard du pouls, — phénomène bien réalisé par le rétrécissement mitral.

M. Arloing émet le même avis. Il y aurait, pour lui, intérêt à ne pas employer le mot choc pour les phénomènes perçus au niveau de la pointe. Ainsi cesserait toute confusion.

M. P. Parizot (de Nancy) a étudié la valeur du **réflexe cutané abdominal (réflexe de Rosenbach) chez le vieillard**, à l'état de santé et de maladie. Il est moins intense chez le vieillard que chez l'adulte et s'épuise rapidement après quelques excitations. Il est faible ou aboli dans la démence sénile. Il est normal si la moelle n'a pas subi les atteintes de l'involution sénile. L'absence de ce réflexe dans la constipation des vieillards indiquerait que celle-ci est d'origine médullaire. Il s'exagère dans quelques auto-infections par insuffisance rénale; il est souvent aboli dans la grippe et la pneumonie. Son retour à l'état normal est d'un pronostic favorable.

MM. Boisset et Rey (de Marseille) sont d'avis que **l'impaludisme peut à lui seul provoquer des troubles psychiques** dont l'éclosion est hâtée et l'intensité aggravée par d'autres facteurs : alcoolisme, dégénérescence, insolation, surmenage, syphilis. Par contre M. Maurel (de Toulouse) a très rarement et exceptionnellement observé la démence chez les déportés de la Guyane, tous paludéens. D'après lui, il peut y avoir des troubles psychiques chez les paludéens *prédisposés*, mais ce fait est peu fréquent.

M. H. Frenkel (de Lyon) a étudié l'état de la **perméabilité**

(1) V. *France médicale* 1898, nos 16 et suiv.

**rénale chez 32 sujets atteints de cataracte.** 8 fois il y a eu retard dans le début de l'élimination, 24 fois un retard dans la fin de l'élimination du bleu de méthyle, qui durait de 72 à 120, et même 140 heures, indice d'une diminution de la perméabilité rénale. L'élimination est normale dans le cas de cataracte diabétique et de cataracte locale (par irido-choroïdite chez les forgerons). Dans 3 cas d'irido-choroïdite sans cataracte, la perméabilité rénale a été trouvée normale ou exagérée, bien qu'il s'agît de vieillards.

La perméabilité est plus diminuée en général chez les vieillards cataractés que chez ceux qui n'ont pas de cataracte. Cette diminution s'observe aussi chez des sujets relativement jeunes atteints de cataracte.

D'après M. Coste (de Marseille) **le réflexe pupillaire dans quelques maladies infectieuses** peut servir d'indication pour le diagnostic, le pronostic et le traitement. Il est normal dans la rougeole, la variole, la scarlatine, plus ou moins diminué dans les varioles hémorragiques primitives; dans la fièvre typhoïde avec complications pulmonaires le réflexe pupillaire est paresseux; il peut être aboli dans l'endocardite infectieuse; il disparaît dans le choléra dont l'issue doit être mortelle. Il est aboli dans les péritonites et dans la fièvre puerpérale avec complications endocardiques ou péritonéales. En cas d'affection abdominale, l'état du réflexe pupillaire peut indiquer si le péritoine est ou non enflammé.

(*A suivre*).

## NOUVELLES

**Hôpitaux de Paris.** — Concours pour deux places de chirurgien. — M. Morestin et Souligoux ont été nommés chirurgiens des hôpitaux.

**Médecins députés.** — Dans l'énumération que nous avons faite dans notre dernier numéro des médecins élus députés le 8 mai, nous avons oublié le Dr Cazauvieilh de Belin (Gironde), républicain modéré, député de la 5e circonscription de Bordeaux, et le Dr de Mahy, de la Réunion, ancien ministre, député sortant, républicain modéré.

**Corps de santé des colonies.** — Par décret, en date du 13 mai 1898, M. Henric, médecin de deuxième classe de la marine, a été nommé médecin de deuxième classe des colonies, pour prendre rang à compter du 1er septembre 1895, date de sa nomination dans le corps de santé de la marine.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 mai 1898, un concours s'ouvrira le 10 novembre 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour deux emplois de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

**Hôpital civil français de Tunis.** — Concours pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecin suppléant. — La Résidence générale de la République française à Tunis donne avis que le 31 mai 1898, à 9 heures du matin, sera ouvert un concours pour deux places de médecin titulaire et deux places de médecin suppléant de l'hôpital civil français de Tunis.

Ce concours aura lieu à Tunis devant un jury composé de trois professeurs ou agrégés, désignés par le Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier.

*Conditions d'admission au Concours.* — Pour être admis à concourir, les candidats devront satisfaire aux conditions suivantes :

1° Etre français ou naturalisé français.

2° Etre Docteur en médecine d'une Faculté française.

3° Avoir trois ans d'exercice comme Docteur en médecine en France ou dans les Colonies françaises. Néanmoins le temps du doctorat est réduit d'un an pour les anciens internes des hôpitaux nommés au concours et ayant rempli leurs fonctions d'interne pendant trois ans au moins. (Cette condition n'est pas exigée des suppléants.)

4° Etre accepté par la Résidence générale à Tunis.

Pour assurer l'exécution des dispositions qui précèdent, les candidats devront déposer au Secrétariat général du Gouvernement tunisien à Tunis, avant le 24 mai, les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance;

2° Les pièces justificatives de leur qualité de français;

3° Leur diplôme de Docteur en médecine;

4° Les pièces justificatives constatant qu'ils ont trois ans d'exercice comme Docteur en médecine, et, s'il y a lieu, qu'ils remplissent les conditions stipulées au paragraphe 3 ci-dessus;

5° L'engagement écrit de se conformer au règlement sur le service de santé de l'hôpital français de Tunis, ainsi qu'aux décisions et délibérations qui seraient prises ultérieurement par la Commission administrative de surveillance;

6° Une notice des titres scientifiques et des services antérieurs qu'ils peuvent faire valoir.

Toutes les pièces dont il s'agit devront être délivrées par les autorités compétentes et toutes les signatures dûment légalisées. Les dossiers incomplets ou irrégulièrement établis seront refusés par l'Administration.

*Epreuves du Concours.* — Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie interne dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie. — 3 heures.

2° Une composition écrite sur un sujet thérapeutique. — 2 heures.

3° Une épreuve clinique sur deux malades (trente minutes pour l'examen des deux malades et vingt minutes pour développer oralement devant le jury l'opinion du candidat, après dix minutes de réflexion).

Les candidats qui justifieront par certificat délivré au Secrétariat général du Gouvernement tunisien d'une résidence d'une année au moins en Tunisie auront, de ce chef, le total de leurs points majoré de dix pour cent (10 0/0).

*Nomination.* — A la suite du concours, le Jury présentera à la nomination de la Résidence générale à Tunis les candidats qui auront obtenu le nombre de points le plus élevé, sans faire de classement pour les autres candidats.

*Attributions et fonctions des médecins titulaires ou suppléants.* — Elles sont déterminées par le règlement de l'hôpital civil français de Tunis.

Les médecins titulaires sont astreints à la visite quotidienne des malades. Les médecins suppléants les remplacent en cas d'empêchement ou d'absence et assurent à tour de rôle, avec le chirurgien suppléant, le service de permanence de jour et de nuit. Le local nécessaire leur est réservé à cet effet dans les bâtiments de l'hôpital.

La date d'entrée en exercice sera celle de l'ouverture de l'établissement (vers le 1er novembre 1898). Les avantages

attachés aux dites fonctions consistent en un traitement de trois mille francs (3.000 fr.) pour les médecins titulaires et de mille cinq cents francs (1.500 fr.) pour les médecins suppléants.

(S'adresser au Secrétariat général du Gouvernement Tunisien, à Tunis, pour les renseignements. — Un extrait du présent règlement est déposé à la Faculté de médecine de Montpellier).

**Concours d'internat pour hôpitaux.** — Hôpital N. de Rothschild de Berck-sur-Mer et Policlinique H. de Rothschild a Paris. — *Concours pour les places de deux internes titulaires en médecine et en chirurgie et d'un interne suppléant.* — Le 16 mai 1898, aura lieu à Paris, dans les salles de l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus, un concours pour la nomination de deux internes titulaires et d'un interne adjoint pour les places vacantes dans les deux établissements ci-dessous mentionnés : 1° *Hôpital N. de Rothschild, à Berck-sur-Mer* ; 2° *Policlinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus.*

*Avantages matériels.* — Les internes titulaires seront nommés pour deux ans à partir du 1er mai 1898, l'interne adjoint pour une année seulement. Les internes nommés au concours pourront, par ordre de nomination, choisir soit la place d'interne à l'hôpital de Berck, soit la place d'interne à la Policlinique H. de Rothschild, à Paris. Les titulaires seront logés, nourris, blanchis et chauffés, et recevront en plus une indemnité de 1.200 francs la première année, et 1.300 francs la seconde année. L'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer recevra en plus une indemnité de déplacement de 300 francs. L'interne suppléant, devant remplacer l'un ou l'autre interne en cas de maladie, ne recevra qu'une indemnité de 600 francs par an, et sera logé, nourri et blanchi pendant le temps de son remplacement. L'interne adjoint pourra suivre les services de la Policlinique H. de Rothschild, 82, rue de Picpus, et profiter des avantages scientifiques de cet établissement (bibliothèque, laboratoire, etc.)

*Conditions du concours.* — Tous les étudiants en médecine de nationalité française pourront prendre part à ce concours. Ils seront inscrits sur la présentation des pièces suivantes : 1° Un extrait de leur acte de naissance, constatant qu'ils sont français ; 2° un certificat de scolarité délivré par la Faculté de médecine, constatant qu'ils sont porteurs de 14 inscriptions au moins ; 3° des certificats des médecins ou chirurgiens des hôpitaux de Paris ou de province, dans les services desquels ils ont fait leur stage.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Aron, directeur de l'hôpital Rothschild, 76, rue de Picpus.

**Prix Zambaco.** — 1° Il est institué par la Société de dermatologie et de syphiligraphie un prix biennal qui portera le nom de Prix Zambaco ;

2° Il sera de la valeur de 900 francs ;

3° Il sera décerné dans la séance de l'Assemblée générale ;

4° Les mémoires devront être rédigés en français ; ils porteront une épigraphe apparente ; une enveloppe cachetée contiendra l'indication du nom de l'auteur et portera la répétition de l'épigraphe ;

5° Les mémoires devront être déposés avant le 1er juillet de l'année précédant celle où sera décerné le prix. — Exceptionnellement, pour le prix qui sera délivré en 1900, le délai pour la remise des mémoires sera prorogé jusqu'au 1er novembre de l'année 1899 ;

6° Une Commission de cinq membres, tirée au sort dan le sein du Comité de direction, après l'expiration du délai de dépôt des mémoires, sera chargée de les examiner ; son rapport et ses conclusions seront soumis à l'approbation de ce Comité ; la même Commission sera chargée de déterminer le sujet du prix pour le concours suivant ;

7° Réglementairement, les membres du Comité de direction s'abstiendront de concourir.

**Hôpital Tenon.** — Le Dr A Béclère commencera, le vendredi 27 mai et continuera les vendredis suivants, à 10 heures et demie du matin, des conférences et exercices pratiques sur les applications de la découverte de Roëntgen ou diagnostic médical.

**Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée.** — *Exposition générale italienne à Turin.* — Billets d'aller et retour Paris-Turin viâ Mont-Cenis donnant droit à deux entrées à l'Exposition. 1re classe 135 fr. 25 ; 2e classe 97 fr. 75 ; 3e classe 63 fr. 80. Validité : 30 jours. Arrêts : En Italie, deux arrêts au choix tant à l'aller qu'au retour.

Ces billets d'aller et retour seront délivrés jusqu'au 31 octobre inclusivement à première demande :

A la gare de Paris P.L.M., dans les bureaux succursales, ainsi que dans les agences de voyages.

**Nécrologie.** — Le Dr Davaine (Gustave), 4, rue Delambre, décédé à l'âge de 29 ans d'une diphtérie contractée près d'un enfant malade. — Le Dr Destival, de Miradoux (Gers), reçu en 1855. — M. Condamine, médecin à Saint-Menoux (Allier). — Le Dr Pierre, ancien médecin de la marine, domicilié 21, rue de l'Odéon, s'est suicidé en se jetant par la fenêtre de son appartement. — Le Dr Dezanneau père, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers, correspondant de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine, reçu en 1868.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

**Manuel pratique de la garde-malade et de l'infirmière,** publié par le Dr Bourneville avec la collaboration de MM. Ed. Brissaud, Budin, P. Cornet, H. Duret, P. Keraval, G. Maunoury, Monod, J. Noir, Poirier, Ch.-H. Petit-Vendol, Pinon, P. Regnard, Sevestre, Sollier, Viron, P. Yvon, Mme Pilliet-Edwards.

La sixième édition de ce Manuel, revue et augmentée, se compose de cinq volumes illustrés de nombreuses figures : T. I. *Anatomie et physiologie* ; — T. II. *Administration et comptabilité hospitalières* ; — T. III. *Pansements* ; — T. IV. *Soins à donner aux femmes en couches. Soins à donner aux aliénés. Petite pharmacie. Petit dictionnaire des termes médicaux* ; — T. V. *Hygiène.* — Prix des cinq volumes in-18 : 7 fr. 50. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

**LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.**

**PILULES DE QUASSINE FREMINT**

**Anorexie. Dyspepsie, Constipation, 1 ou 2 av. chaque repas**

**PASTILLES bi-boratede soude VIGIER**, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

*Le Gérant :* A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*